



**Fall-Nr.:** IV 2014/180  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.10.2019  
**Entscheiddatum:** 12.01.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.01.2016**

**Art. 28 IVG. Rückweisung zur polydisziplinären Abklärung des gesundheitlichen Verlaufs des Beschwerdeführers und Abklärungen zur Validenkarriere durch einen Berufsberater (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Januar 2016, IV 2014/180).**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,  
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Geschäftsnr.

IV 2014/180

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch **B.**\_\_\_\_,

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen,** Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

### Rente (Einkommensvergleich, Mitwirkungspflicht)

#### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war seit Oktober 2007 bei der C.\_\_\_\_ GmbH als Berater angestellt und bezog seit 25. Januar 2008 wegen Krankheit Taggeldleistungen der SWICA Gesundheitsorganisation (nachfolgend: Swica; vgl. Schreiben der Swica vom 6. November 2009 und Taggeldabrechnungen; Fremdakten). Am 12. Juni 2008 erlitt der Versicherte einen Velosturz mit multiplen Prellungen und Schürfwunden (vgl. Arztbericht vom 12. Juni 2008 des Spitals D.\_\_\_\_ und Unfallmeldung vom 25. Juli 2008; Fremdakten). Weil der Versicherte im Nachgang zur Scheidung von seiner zweiten Frau an Depressionen litt, hatte die Swica bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine psychiatrische Beurteilung in Auftrag gegeben. Im psychiatrischen Gutachten vom 25. Juni 2008 (Fremdakten) wurden eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie Störungen durch Alkohol, Abhängigkeit, diagnostiziert. Gemäss Dr. E.\_\_\_\_ rechtfertigten die zum Zeitpunkt der Untersuchung noch bestehenden diskreten depressiven Symptome keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Daraufhin vereinbarte die Swica mit dem Versicherten die Ausrichtung von Taggeld zu 100% bis Ende August 2008, und zu 50% bis Ende September 2008. Anschliessend sollte wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bestehen (Schreiben der Swica vom 22. Juli 2008; Fremdakten).

A.b Der Versicherte meldete sich am 2. September 2008 zufolge Vorliegens einer psychischen Krankheit seit Oktober 2007 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1).

A.c Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Herz- und Kreislaufkrankheiten, schrieb den Versicherten mit Bericht vom 3. September 2008 (Fremdakten) rückwirkend vom 12. Juni bis 10. Juli 2008 voll arbeitsunfähig. Mit Bericht vom 12. September 2008 (IV-act. 34-6/13) erachtete Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, es als möglich, dass die nachgewiesene, inzwischen ältere ischämische



Läsion des rechten Thalamus in Form einer Thalamuslakune für Gedächtnisleistungsstörungen verantwortlich sein könnte. Gemäss dem Bericht der Psychologinnen H.\_\_\_\_ M. Sc. und lic. phil. I.\_\_\_\_ der Psychiatrie-Dienste Z.\_\_\_\_ vom 4. November 2008 über die psychodiagnostischen Untersuchungen vom 15., 20. und 22. Oktober 2008 (IV-act. 34-7ff./13) lag die Leistung des Versicherten bei der Abklärung der kognitiven Fähigkeiten unterhalb des Durchschnitts der Normpopulation (Gesamt-IQ von 72). Der behandelnde Psychiater med. pract. J.\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste K.\_\_\_\_, berichtete am 8. Januar 2009 (Fremdakten), am 12. Juni 2008 habe sich ein Velounfall ereignet, wobei der Versicherte auf nasser Fahrbahn einen Abhang hinuntergestürzt sei und Schmerzen im rechten Arm und der Schulter verspürt habe. Über den Sturz selber sowie die Stunden danach bestehe eine weitgehende Amnesie. Der Versicherte sei wegen starken kognitiven Einschränkungen weiterhin zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hatte in seinem Bericht vom 24. September 2008 (Fremdakten) festgehalten, dass die geklagten Beschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit auf ein postcommotionelles Syndrom mit neuropsychologischen und neurovegetativen Störungen zurückzuführen seien. Es sei im Rahmen des Velosturzes zu einer relevanten Commotio cerebri mit mehrstündiger anterograder Amnesie gekommen. Weitergehende therapeutische Massnahmen seien nicht notwendig, mit einer langsamen Besserung des postcommotionellen Syndroms könne gerechnet werden.

A.d Med. pract. J.\_\_\_\_ hatte am 12. September 2008 (IV-act. 5) gegenüber RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, angegeben, dass aktuell keine depressive Symptomatik mehr bestehe. Komplizierend komme ein zwischenzeitlicher Velounfall mit neurologischen Problemen (Medianus-Läsion, rechtsseitige Parästhesien im Gesicht und berichtete initiale Aphasie sowie im weiteren Verlauf Klagen über neurokognitive Defizite) hinzu. Entsprechende Abklärungen seien eingeleitet worden. Er gehe davon aus, dass zumindest mittelfristig wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit möglich sei. Nachdem die ausstehenden Befundberichte eingegangen waren (vgl. IV-act. 16-3ff./10), hatte med. pract. J.\_\_\_\_ am 4. Dezember 2008 (IV-act. 16-1/10) mitgeteilt, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei durch die Diagnosen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma infolge eines Velounfalls im Juli 2008 mit persistierenden kognitiven Defiziten, einem Status nach Anpassungsstörung mit länger andauernder depressiver Reaktion sowie



## St.Galler Gerichte

einer Alkoholabhängigkeit beeinträchtigt. Die beklagten kognitiven Defizite hätten sich in der neuropsychologischen Testung bestätigt und imponierten weiterhin, so dass eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen eher intellektuell anspruchsvollen beruflichen Tätigkeit als „Geschäftsführer“ nicht mehr gegeben sei. Der weitere Verlauf müsse abgewartet werden. Nach Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2008 war aufgrund des instabilen Gesundheitszustands kein Eingliederungspotenzial vorhanden (IV-act. 13ff.).

A.e Mit Anruf vom 22. Dezember 2008 hatte sich die Case-Managerin der Swica über diese Beurteilung erstaunt gezeigt (IV-act. 17). Daraufhin waren die Akten der Swica eingeholt worden (IV-act. 26).

A.f Am 3. März 2009 erteilte die Swica der Schweizerischen Institut für Versicherungsmedizin AG, Luzern (nachfolgend: SIMM), einen Gutachtauftrag (Fremdakten). Im Gutachten vom 23. Juli 2009 diagnostizierte Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologe, Boston University, School of Medicine, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, eine leicht bis mittelschwere, wahrscheinlich toxisch-metabolische (alkoholische) Encephalopathie mit amnestischem Syndrom, chronische Nackenschmerzen (chronisches Zervikalsyndrom) bei mässigen bis schweren degenerativen Veränderungen der HWS und zervikogene Kopfschmerzen. Aus neurologischer Sicht beständen heute keine mindestens wahrscheinlichen traumatischen Verletzungsfolgen an der HWS. Zeichen einer gestörten Feinmotorik und Rumpfkoordination könnten als Folgen eines langjährigen Alkoholmissbrauchs erklärt werden. Die Thalamuslakune könne keinesfalls das Ausmass der kognitiven Einschränkungen erklären, die neuropsychologisch und klinisch festzustellen gewesen seien. Bezogen auf die Kopf- und Nackenschmerzen, die kognitiven Symptome, die neurologischen und neuropsychologischen Befunde sei der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit wahrscheinlich maximal zu 80% arbeitsfähig. Die frühere Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Die reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ergebe sich aus der verstärkten Ermüdbarkeit, der verminderten Leistungsfähigkeit und der Schwierigkeit, sich im Alltag zu organisieren, also aus Behinderungen, die chronisch diffusen Hirnfunktionsstörungen eigen seien. Zumutbar seien zu 6.4 Stunden pro Tag körperlich leichte Arbeiten, die viel Routine beinhalteten, ein geringes Fehlerpotential und ein geringes Fremdgefährdungspotential aufwiesen.



## St.Galler Gerichte

A.g Gemäss dem Bericht der Psychologinnen H.\_\_\_\_ und lic. phil. O.\_\_\_\_ der Psychiatrie-Dienste Z.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2009 über die psychodiagnostischen Untersuchungen vom 22., 23. und 28. April 2009 (IV-act. 34-10ff./13) waren weiterhin deutliche Einschränkungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit vorhanden. Im Vergleich zur Voruntersuchung zeigte sich lediglich eine geringe Leistungsverbesserung (Gesamt-IQ von 77 gegenüber 72 zuvor).

A.h Mit am 2. Juni 2009 eingegangenem Arztbericht (IV-act. 34-1/13) hielt Dr. med. P.\_\_\_\_, leitende Ärztin Psychiatrie-Dienste Z.\_\_\_\_, als Diagnosen ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma, eine Anpassungsstörung mit länger andauernder depressiver Reaktion, eine Alkoholabhängigkeit sowie einen Verdacht auf eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach multiplen Substanzgebrauch (Alkohol, Cannabis) fest. Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr möglich.

A.i Mit Verfügung vom 16. September 2009 (Fremdakten) lehnte die Swica Versicherungen AG gestützt auf das Gutachten des SIMM vom 23. Juli 2009 mangels Unfallkausalität einen Leistungsanspruch aus der Unfallversicherung nach UVG ab 1. Oktober 2008 ab.

A.j Mit Schreiben vom 30. Oktober 2009 (IV-act. 77) kündigte die Arbeitgeberin des Versicherten das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2010. Am 13. Januar 2010 lief die Leistungsdauer der Krankentaggeldversicherung des Versicherten von 720 Tagen aus (Schreiben der Swica vom 6. November 2009; Fremdakten). Gleichentags forderte die IV-Stelle den Versicherten im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht dazu auf, sich bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) anzumelden (IV-act. 44). Da er dem Termin des RAV unentschuldig fernblieb, wurde mit Vorbescheid vom 9. März 2010 in Aussicht gestellt, dass die Eingliederungsberatung wegen fehlender Mitwirkung abgeschlossen und das Gesuch um berufliche Massnahmen und Rentenleistungen abgewiesen werde (vgl. IV-act. 45f., 50).

A.k Mit Schreiben vom 19. April 2010 stellte der Versicherte sinngemäss einen Antrag um Wiederaufnahme der Unterstützung bei der Stellensuche, reichte den



## St.Galler Gerichte

unterzeichneten Eingliederungsplan ein und teilte mit, er habe sich beim RAV angemeldet (IV-act. 51f., 57).

A.l Daraufhin wurden die Eingliederungsbemühungen wieder aufgenommen und eine berufliche Abklärung vom 1. September bis 30. November 2010 im Einsatzprogramm Q.\_\_\_, geplant (IV-act. 61). Nachdem der Versicherte weder diese Abklärung angetreten, noch sich bei der IV-Stelle gemeldet hatte, wurde das Mahn- und Bedenkzeitverfahren am 13. September 2010 wieder aufgenommen (IV-act. 63).

A.m Mit Verfügung vom 30. September 2010 (IV-act. 66) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen und Rentenleistungen des Versicherten ab. Eine dagegen erhobene Einsprache vom 29. Oktober 2010 (IV-act. 68) wurde mit Entscheid vom 27. August 2012 vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV 2010/425) gutgeheissen und die Verfügung vom 30. September 2010 aufgehoben (IV-act. 86).

B.

B.a Mit Schreiben vom 20. Dezember 2012 (IV-act. 92f.) widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 30. September 2010 und nahm die Eingliederungsbemühungen wieder auf. Sie eröffnete dem Versicherten, bei mangelnder Bereitschaft an den Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, werde sie das Gesuch um berufliche Massnahmen abweisen und den Fall zur Rentenprüfung weiterleiten. Am 14. Januar 2013 (IV-act. 96) teilte der Versicherte mit, zurzeit bei der R.\_\_\_ AG erwerbstätig zu sein und erklärte sich bereit, nötigenfalls an Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung teilzunehmen.

B.b Mit ärztlichem Zeugnis vom 23. August 2012 (IV-act. 103) attestierte Dr. med. S.\_\_\_, Assistenzarzt Psychiatrie-Zentrum K.\_\_\_, dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vom 17. August bis 30. November 2012. Der Versicherte sei seit dem 25. Januar 2011 bis auf weiteres bei ihm in Behandlung.

B.c Mit Bericht vom 15. März 2013 (IV-act. 112) wurden von Dr. S.\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_ ein Status nach organischem Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (nach Velounfall im August 2008), eine Alkoholabhängigkeit, ein Verdacht auf Persönlichkeits-



## St.Galler Gerichte

und Verhaltensstörung nach multiplem Substanzgebrauch (Alkohol, Cannabis) mit ängstlich vermeidenden Anteilen und ein Verdacht auf kognitive Einschränkungen, ein Status nach depressiver Episode 2008 sowie ein Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Eventmanager sei nur eingeschränkt beurteilbar. In der Gesamtschau bestehe am ehesten eine Arbeitsunfähigkeit von 40-50%.

B.d Gemäss Beurteilung vom 24. April 2013 (IV-act. 114) erachtete Dr. M.\_\_\_\_ den Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer und Immobilienberater sicherlich auch weiterhin und wie durch den Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ beurteilt als nicht mehr arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit mit geringerer kognitiver Beanspruchung, möglichst klar strukturierten Arbeiten und in einem möglichst überschaubaren Arbeitsumfeld ohne grosse Ablenkungen wie z.B. in grösseren Räumlichkeiten mit vielen Menschen, welche über optische und akustische Signale zur Ablenkung führen, sei – wie von Dr. N.\_\_\_\_ festgestellt – weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 6.4 Stunden pro Tag entsprechend 80% eines Vollpensums auszugehen.

B.e Bei einem Assessment-Gespräch vom 27. Mai 2013 (IV-act. 118) setzte der Versicherte den Eingliederungsverantwortlichen darüber in Kenntnis, dass ab 28. Juni 2013 eine vorzeitige Pensionierung geplant sei. Daraufhin wurde der Abschluss der beruflichen Massnahmen und die Rentenprüfung vereinbart und am 29. Mai 2013 schriftlich mitgeteilt (IV-act. 120).

B.f Mit Vorbescheid vom 25. September 2013 (IV-act. 135) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, das Rentenbegehren bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 38% abzuweisen. Dagegen liess der Versicherte am 23. Oktober 2013 Einwand erheben (IV-act. 139). Der ergänzenden Begründung vom 14. Januar 2014 (IV-act. 141) lag ein ärztliches Arbeitsunfähigkeitsattest vom 31. Oktober 2013 zu 100% vom 4. bis 31. Oktober 2013 von Dr. S.\_\_\_\_ bei.

B.g Am 10. März 2014 verfügte die IV-Stelle im Sinne des Vorbescheids (IV-act. 144).

C.



## St.Galler Gerichte

C.a Mit Beschwerde vom 24. März 2014 liess der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_, beantragen, die Verfügung vom 10. März 2014 sei aufzuheben (act. G1). Sinngemäss liess er zur Begründung anführen, die im Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit von 80% finde in den medizinischen Akten keine Grundlage und der Einkommensvergleich entspreche nicht der Realität. Die Nichtberücksichtigung der massgebenden medizinischen Berichte der Spezialisten verletze die Sorgfaltspflicht.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juni 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (act. G4). Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, auf das neurologische Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ könne abgestellt werden und der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich gemäss Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 24. April 2013 seither weder in neurologischer noch psychiatrischer Sicht relevant verändert. Ausgehend vom höchsten je erzielten Verdienst als unselbständig Erwerbstätiger im Jahr 1987 von Fr. 39'775.-- ergebe sich angepasst an die Nominallohnentwicklung für Männer bis zum Jahr 2009 ein Valideneinkommen von Fr. 63'879.-- pro Jahr. Beim Invalideneinkommen sei gemäss LSE 2008 nach Anpassung an die Nominallohnentwicklung bis 2009 und eine Normalarbeitszeit von 41,6 Wochenstunden bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% von Fr. 48'992.-- auszugehen. Ein Abzug vom Tabellenlohn sei weder ersichtlich noch dargetan und rechtfertige sich nicht. Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 23%.

C.c Mit Replik vom 23. Juni 2014 (act. G6) hielt der Beschwerdeführer am bisherigen Standpunkt fest und legte unter anderem einen Arztbericht vom 8. Januar 2009 von Dr. P.\_\_\_\_ (act. G6.1ff.) auf. Am 27. Juni 2014 reichte der Vertreter des Beschwerdeführers ein Schreiben der Swica Care-Managerin vom 29. August 2008 (act. G8.1; Beilage bereits davor eingereicht, vgl. act. G6.2) ein (act. G8).

C.d Mit Schreiben vom 30. Juni 2014 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik und hielt an ihrem bisherigen Antrag fest (act. G10).

C.e Am 26. März 2015 bat der Vertreter des Beschwerdeführers um vordringliche Behandlung der Angelegenheit (act. G12).



### Erwägungen

1.

1.1 Zu prüfen ist der Rentenanspruch des Versicherten.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die



geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Zunächst ist der Frage nachzugehen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. In der angefochtenen Verfügung vom 10. März 2014 (IV-act. 144) stützt sich die IV-Stelle auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. M.\_\_\_\_ vom 24. April 2013 (IV-act. 114). Der Vertreter des Beschwerdeführers sieht massgebende medizinische Berichte nicht berücksichtigt.

2.2

2.2.1 Zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers äussert sich Dr. M.\_\_\_\_ nicht explizit. Er verweist diesbezüglich auf das psychiatrische Gutachten vom 23. Juli 2008 von Dr. E.\_\_\_\_. Dr. E.\_\_\_\_ stellte darin zwar die Diagnosen einer Anpassungsstörung, einer längeren depressiven Reaktion, sowie von Störungen durch Alkohol, Abhängigkeit. Allerdings rechtfertigten die bei der Untersuchung noch bestehenden diskreten depressiven Symptome seiner Ansicht nach keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Aus den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ geht hervor, dass sein Alkoholkonsum im Jahr 1999 ausser Kontrolle geraten sei, als er sich in zwei unabhängigen Militärspielen als Musiker betätigt habe. Die von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte und zum Zeitpunkt der Untersuchung nunmehr lediglich diskret bestehende Anpassungsstörung wertete er als längere depressive Reaktion auf die Scheidung, die veränderten Lebensumstände, die Auseinandersetzungen vor Gericht, etc. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer organischen, einschliesslich symptomatischen



psychischen Störung, einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung finden lassen. In Zusammenhang mit dem Fahrradsturz erwähnte der Versicherte gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ einzig ein Zittern der Hände, Rücken- und Kopfschmerzen (S. 11). Die fundierte Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ erscheint als schlüssig, konsistent und einleuchtend, indem er der in Remission begriffenen Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und den Störungen durch Alkoholabhängigkeit eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abspricht. Das Gutachten beruht auf sorgfältigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers, weshalb darauf abgestellt werden kann.

2.2.2 Offen ist, ob sich das psychische Befinden des Beschwerdeführers seither zum Schlechteren verändert hat. Im Arztbericht des Psychiatricentrum K.\_\_\_\_ vom 15. März 2013 (IV-act. 112) werden mehrere Statusdiagnosen (organisches Psychosyndrom, depressive Episode 2008) und Verdachtsdiagnosen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach multiplem Substanzgebrauch, kognitive Einschränkungen, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode) aufgeführt. Einzig die Alkoholabhängigkeit wird weiterhin als sichere Diagnose dargestellt (vgl. auch Diagnoseliste im Bericht vom 2. Juni 2009; IV-act. 34); und dies obwohl der Beschwerdeführer bezüglich des aktuellen Konsums intransparent blieb und konsum- oder suchtspezifische Abklärungen nicht mehr durchgeführt wurden. Obschon sich aus der Krankheitsanamnese deutliche Hinweise auf Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit zeigten, sei offen, ob und inwiefern sich die massiven Schwierigkeiten bei der Lebensplanung und die Realitätsverkenning des Versicherten mit seinen Verdrängungsmechanismen oder einer womöglich doch mit einer organisch bedingten Störung durch langjährigen Alkoholkonsum und/oder einer demenziellen Entwicklung überschritten. Dr. S.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ vermuteten am Ehesten eine Mischung aus Folgen einer neurodegenerativen Erkrankung und einer vermeidenden Persönlichkeitsstruktur. Die behandelnden Psychiater wiesen bei ihrer Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 50-60% mit Nachdruck darauf hin, dass die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit psychiatrischerseits nur eingeschränkt beurteilbar sei und seit November 2011 eine relativ geringe Konsultationsfrequenz bestehe. Der Hinweis, eine abschliessende Beurteilung sei aktuell nicht möglich, gepaart mit dem Abstellen auf die subjektiv vom Beschwerdeführer geäusserte Schätzung seiner Arbeitsfähigkeit, sowie die – an sich nicht verifizierte – Diagnose einer Alkoholabhängigkeit mit weiteren



Status- und Verdachtsdiagnosen zeigen, dass sich die behandelnden Psychiater bei der Diagnosestellung und der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht festlegen konnten. Die von ihnen aufgezeigten, verschiedenen möglichen Einflüsse auf die Psyche des Beschwerdeführers (organisches Psychosyndrom, Depression, Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach multiplem Substanzgebrauch, kognitive Einschränkungen) erschweren eine klare medizinische Beurteilung deutlich und hätten daher weiterer medizinischer Abklärungen bedurft. Bereits im Bericht vom 2. Juni 2009 (IV-act. 34-4/13) hatte Dr. P.\_\_\_\_ zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine Arbeitsabklärung nahegelegt.

2.2.3 Ob seit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustands eingetreten ist, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilt werden. Hierzu sind weitere medizinische Abklärungen notwendig, wobei sich die damit Betrauten eingehend mit dem Verlauf der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ am 16. Juni 2008 bis in die Gegenwart zu befassen haben werden. Die geringe Konsultationsfrequenz seit November 2011 stellt bei dieser Angelegenheit sicherlich eine zusätzliche Erschwernis dar, doch ist ein Erkenntnisgewinn dennoch nicht auszuschliessen. Eine Arbeitsabklärung erscheint aufgrund der fraglichen Compliance und der wohl inzwischen erfolgten Pensionierung des Beschwerdeführers wenig sinnvoll. Im Übrigen liessen die Ergebnisse einer zum jetzigen Zeitpunkt durchgeführten Arbeitsplatzabklärung ohnehin nur bedingt Schlussfolgerungen für den bereits zurückliegenden Zeitraum zu, weil sie keine retrospektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erlauben.

### 2.3

2.3.1 Zu prüfen ist, ob sich aus den vorliegenden Akten somatische Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers ergeben, die zu einer bleibenden Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit führen. Dr. M.\_\_\_\_ verwies hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers weitgehend auf das neurologische Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2009 (Fremdakten) und nahm Bezug auf die testpsychologischen Untersuchungen im Oktober 2008 (IV-act. 34-7ff./



13) und April 2009 (IV-act. 34-10ff./13). Dr. N.\_\_\_\_ stellte nach eingehender Begutachtung des Beschwerdeführers die Diagnosen einer leicht bis mittelschweren, wahrscheinlich toxisch-metabolischen (alkoholischen) Encephalopathie mit amnestischem Syndrom, chronischen Nackenschmerzen (chronisches Zervikalsyndrom) bei mässigen bis schweren degenerativen Veränderungen der HWS und zervikogenen Kopfschmerzen (S. 13). Aufgrund dieser Einschränkungen schloss er auf eine Arbeitsfähigkeit von maximal 80% in einer adaptierten Tätigkeit. Das Tätigkeitsprofil umfasse dabei folgende Einschränkungen: Wiederholtes Heben von Lasten vom Boden auf Tischhöhe von mehr als 10kg, wiederholtes Heben ab Tischhöhe bis Schulterhöhe von Lasten von mehr als 7.5kg und wiederholtes Heben über Schulterhöhe von Lasten über 5kg sollten ebenso wie schwere Arbeiten vor oder seitlich am Körper (schaufeln, pickeln) oder Arbeiten die rasche und häufige Kopfrotationen erfordern, vermieden werden. Aus neurologischer Sicht beständen keine mindestens wahrscheinlichen traumatischen Verletzungsfolgen an der HWS. Der Neurostatus müsse periodisch überprüft werden, da die Einengung des Spinalkanals zu einer Myelopathie führen könne. Die von Dr. L.\_\_\_\_ im Bericht vom 24. September 2008 (Fremdakten) prognostizierte langsame Besserung hielt sich gemäss Dr. N.\_\_\_\_ und den Ergebnissen der psychodiagnostischen Untersuchungen im Oktober 2008 und April 2009 zufolge in Grenzen. Die Diagnose eines postcommotionellen Syndroms von Dr. L.\_\_\_\_ erscheint gemäss Dr. N.\_\_\_\_ auch vor dem Hintergrund, dass im Bericht des erstbehandelnden Spitals D.\_\_\_\_ (Fremdakten) nach dem Unfall vom 12. Juni 2008 keinerlei Kopfverletzungen dokumentiert wurden, nicht nachvollziehbar. Beim neurologischen Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ handelt es sich an sich um eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage, da er die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt und auf die Aktenlage eingeht. Es stellt sich die Frage, ob sich der von Dr. N.\_\_\_\_ festgestellte somatische Gesundheitszustand seither bis zum Erlass der Verfügung am 10. März 2014 (IV-act. 144) stationär verhielt.

2.3.2 Dr. M.\_\_\_\_ hielt in seiner RAD-Stellungnahme vom 24. April 2013 (IV-act. 114) fest, es lägen leichte bis mittelgradig ausgeprägte kognitive Beeinträchtigungen vor, wobei letztlich noch nicht ganz sicher sei, ob diese alkoholtoxisch bedingt seien (wie dies durch den neurologischen Gutachter der SIVM beurteilt wurde) und bei Alkoholabstinenz weitgehend reversibel wären oder ob es bereits um eine kaum mehr therapeutisch angehbare Folgeerkrankung der chronischen Alkoholkrankung mit



irreversiblen kognitiven Beeinträchtigungen (Demenzentwicklung) und/oder inzwischen eingetretener (organischen) Persönlichkeitsänderung gehe. Gemäss ständiger Rechtsprechung begründet eine Alkoholsucht (wie auch eine Drogen- und/oder Medikamentenabhängigkeit) für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes, sondern nur in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, I 313/06, E. 2.3 mit Hinweisen). Ob und welche somatischen Folgeerscheinungen der Alkoholsucht vorliegen, konnte Dr. M.\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung nicht eindeutig feststellen. Seit seiner Stellungnahme bis zum Verfügungserlass verging erneut fast ein Jahr ohne weitere medizinische Abklärungen des Sachverhalts. Im Übrigen ist fraglich, ob Dr. M.\_\_\_\_ ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie – wie auch Dr. S.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ als Ärzte aus demselben Fachgebiet – eine neurologische Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gegenüber dem neurologischen Gutachten der SIMM von Dr. N.\_\_\_\_ feststellen konnte. Weitere Beurteilungsgrundlagen um den Verlauf des neurologischen Beschwerdebilds des Beschwerdeführers im strittigen Zeitraum zu überprüfen, liegen in den Akten nicht vor.

2.3.3 Bei dieser Aktenlage klafft seit der umfassenden und sorgfältigen gutachterlichen Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ eine Lücke in Bezug auf die neurologische Entwicklung der Gesundheitssituation des Beschwerdeführers. Diese Lücke gilt es mit weiteren medizinischen Abklärungen zu schliessen. Aufgrund der in den vorliegenden Akten vollständig fehlenden neurologischen Verlaufsberichte gestaltet sich eine retrospektive Betrachtung und Beurteilung der neuralen Beschwerden als noch schwieriger als in Bezug auf die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers. Doch ist auch hier nicht ausgeschlossen, dass sich durch die vorzunehmenden Abklärungen weitere Hinweise zum Verlauf ergeben.

2.4 Zusammenfassend erlaubt die dürftige medizinische Aktenlage seit der Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ keine rechtliche Beurteilung der Angelegenheit. Der RAD wird eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers in die Wege zu leiten haben, die auf jeden Fall die Fachbereiche der Psychiatrie und der Neurologie umfasst. Die Entscheidung ob weitere Fachgebiete



– wie etwa dasjenige der Neuropsychologie – abzudecken sind, ist den begutachtenden Personen zu überlassen.

3.

3.1 Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt. Dabei wird das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.2 Ohne eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Grundlage kann sein Invaliditätsgrad nicht bestimmt werden. Dennoch drängen sich nachfolgend einige Fragen zur Validenkarriere des Beschwerdeführers auf, welche im Zuge der Rückweisung der Angelegenheit zu weiteren Abklärungen in medizinischer Hinsicht ebenfalls zu klären sind.

3.2.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens wird in der Praxis regelmässig auf das vor dem Eintritt der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit erzielte Einkommen beigezogen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Bern 2009, N 12 zu Art. 16, mit Hinweis). Massgebend ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns (vorliegend im Jahr 2009) verdient hätte (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2014, 9C\_487/2014, E. 3.1.1).

3.2.2 Die Beschwerdegegnerin ging bei der Bestimmung des Valideneinkommens in der angefochtenen Verfügung vom 10. März 2014 (IV-act. 144) vom letzten Einkommen des Beschwerdeführers bei der C.\_\_\_\_ GmbH als „Geschäftsführer“, nämlich Fr. 78'000.-- pro Jahr, aus und stützte sich dabei auf die Angaben der Arbeitgeberin vom 24. September 2009 (IV-act. 7). In der Beschwerdeantwort vom 2. Juni 2014 (act. G4) vertrat sie neu den Standpunkt, es sei vom höchsten je erzielten Verdienst des



Beschwerdeführers als Unselbständigerwerbender im Jahr 1987 von Fr. 39'775.--, bzw. unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis im Jahr 2009 von Fr. 63'879.-- auszugehen.

3.2.3 In der Tat bestehen im vorliegenden Fall gewichtige Gründe zur Annahme, dass ein unbesehenes Abstellen auf die Lohnangaben der Arbeitgeberin nicht angebracht ist. Es erscheint in mehrfacher Hinsicht fraglich, ob diese Zahlen die tatsächliche Einkommenssituation des Beschwerdeführers im Gesundheitsfall umfassend darstellen. Seit Januar 2004 war der Vertreter des Beschwerdeführers im Handelsregister als Geschäftsführer der damaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der C.\_\_\_\_ GmbH, mit Einzelunterschrift eingetragen. Sein Sohn war seitdem zwar einziger Gesellschafter, hatte aber keine Zeichnungsberechtigung mehr. Die Geschäftsführertätigkeit des Beschwerdeführers kam jedenfalls nie zur Eintragung, und es ist fraglich, ob überhaupt eine tatsächliche Arbeitsaufnahme erfolgte. Gemäss Schreiben des Vertreters vom 11. Juli 2013 (IV-act. 130) fielen die Lohnauszahlungen vom Oktober (Anstellungsbeginn) bis Dezember 2007 gänzlich aus, da das Arbeitsverhältnis beschränkt oder nicht angetreten worden sei. Seit Januar 2008 bis zur Aussteuerung im Januar 2010 lebte der Beschwerdeführer von Taggeldern aus Unfall bzw. Krankheit (vgl. Lohn- und Taggeldabrechnungen in den Fremdakten). Zur im Vergleich mit den bisherigen Einkommen unüblichen Lohnhöhe des Beschwerdeführers befragt, führte der Vertreter bei einem Gespräch am 18. September 2013 (IV-act. 132) aus, dieser sei als Verwalter eingestellt worden und habe seine Liegenschaft als Verwaltungsobjekt in die Gesellschaft eingebracht. Ein solch hohes Einkommen sei vereinbart worden, da die Liegenschaft einen grossen Umsatz eingebracht hätte. Hierbei handelt es sich jedoch um einen Faktor, der ausserhalb der Validität des Beschwerdeführers liegt. Auch mit Blick auf die gesamte bisherige Karriere des Beschwerdeführers (zum IK-Auszug vgl. IV-act. 100) ist es schwierig zu beurteilen, ob der monatliche Lohn von Fr. 6'500.-- einzig auf seinen beruflichen oder persönlichen Fähigkeiten beruhen konnte. Sollte der angebliche Ausgleich von Leistung und Gegenleistung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeberin auf die eingebrachte Liegenschaft und nicht auf die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers zurückzuführen sein, können die Lohnangaben der Arbeitgeberin bei der Bestimmung des Valideneinkommens des Beschwerdeführers nicht beigezogen werden. Bei der Frage des Invaliditätsgrads soll und kann die Vermögenssituation einer versicherten Person



keinen Einfluss haben. Des Weiteren ist der bisherige Berufsweg des Beschwerdeführers ebenfalls wenig aufschlussreich für die Bestimmung einer Validenkarriere: Der Beschwerdeführer hat eine Bäcker-/Konditorenlehre, eine sog. Saallehre und anschliessend eine Musikausbildung absolviert und war in verschiedenen Branchen als Angestellter und zeitweise auch als selbständig Erwerbstätiger arbeitstätig (vgl. IV-act. 100 und psychiatrische Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ vom 25. Juni 2008 zum beruflichen Werdegang). Der Einkommensverlauf stellte sich seit jeher sehr schwankend dar und weist diverse Lücken auf – insbesondere auch in den Jahren 2006 und 2007 sowie zwischen 2000 und Januar 2005 – weshalb auch kein einigermaßen aktueller Durchschnittswert ermittelt werden kann. Selbst der zwischen 1980 und 1989 bei der T. \_\_\_ AG erzielte Lohn ist für die Einkommenslage 2009 wenig aussagekräftig, hat doch der Beschwerdeführer das Unternehmen für einen Wechsel ins Hotelfach verlassen und ist auch in diesen Bereich längst nicht mehr tätig. Aufgrund der hier aufgeworfenen Fragen muss daher durch einen Berufsberater abgeklärt werden, welches Einkommen der Beschwerdeführer ohne den eingetretenen Gesundheitsschaden erzielen könnte.

4.

4.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 10. März 2014 aufzuheben. Die Sache ist im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen, Abklärungen zur Validenkarriere des Beschwerdeführers und zu neuem Rentenentscheid zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- erscheinen als angemessen. Dem Verfahrensausgang entsprechend – die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2) – sind sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

4.2 Vom nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer wurde keine Parteientschädigung beantragt. Eine solche steht ihm – da er sich durch eine nicht entschädigungsberechtigte Person vertreten liess – auch nicht zu.



### Entscheid

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 10. März 2014 aufgehoben. Die Sache wird im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen und zu neuem Rentenentscheid zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.